

**UNIVERSITA' DI PISA
DIPARTIMENTO DI RICERCA TRASLAZIONALE
E NUOVE TECNOLOGIE IN MEDICINA E CHIRURGIA**



**Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie
Presidente Prof. S. Marchetti**

Tesi di Laurea

**“LA COSTRUZIONE DI UN PROTOCOLLO DI RICERCA FINALIZZATO
ALLA VALUTAZIONE DEGLI ESITI E DEI COSTI DI UN PROGRAMMA
DI TRATTAMENTO PER DISTURBI DA COMPORTAMENTO
DIROMPENTE IN PREADOLESCENTI”**

RELATORE

Prof. Stefano Marchetti

CANDIDATO

Sergio Mannucci

Anno Accademico 2012/2013

A Valentina e a Paola.

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	pag. 4
I DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE	
Caratteristiche cliniche.....	pag. 5
Dati epidemiologici.....	pag. 7
Fattori di rischio ed evoluzione clinica.....	pag. 10
IL COPING POWER PROGRAM.....	pag. 14
PRESENTAZIONE DEL CENTRO DIURNO ED ESIGENZA DI INTRODURRE IL COPING POWER PROGRAM.....	pag. 21
LO STUDIO.....	pag. 23
TRATTAMENTO SPERIMENTALE.....	pag. 24
TRATTAMENTO DI CONTROLLO.....	pag. 26
MATERIALE E METODO	
Procedura.....	pag. 27
Protocollo di valutazione.....	pag. 29
Analisi dei dati.....	pag. 35
COSTI DELLA RICERCA.....	pag. 42
CONCLUSIONI.....	pag. 44
BIBLIOGRAFIA.....	pag. 47

INTRODUZIONE

I Disturbi da Comportamento Dirompente (DCD) in età evolutiva sono tra i più importanti ed impegnativi problemi clinici per i servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile (NPI). Si associano ad un significativo peggioramento del funzionamento del bambino in ambito familiare, sociale e scolastico e sono considerati tra i disturbi a più elevato costo sociale (Loeber et al, 2000). Negli ultimi decenni abbiamo assistito ad un aumento della prevalenza di DCD, soprattutto nelle aree urbane (Burke et al, 2002; Collishaw et al, 2004). La presenza di DCD in età infantile può essere correlata con lo sviluppo di quadri psicopatologici più gravi in adolescenza ed età adulta, come il Disturbo di Personalità Antisociale e l'Abuso di Sostanze (Biederman et al, 2000). Negli ultimi anni sono stati individuati trattamenti sempre più efficaci che hanno permesso di modificare la convinzione, fino a qualche tempo fa condivisa, che tali disturbi fossero intrattabili e a prognosi sfavorevole (Kazdin e Wassel, 2000). Nel presente lavoro verranno illustrate le caratteristiche cliniche ed epidemiologiche dei DCD e le loro possibili traiettorie evolutive. Successivamente verrà descritta una modalità di trattamento, sviluppata sulla base del protocollo Coping Power Program (CPP) di John Lochman, applicata presso un Centro Diurno di Riabilitazione Psichiatrica per Adolescenti che opera nel territorio della ASL di Empoli.

Il presente elaborato è finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi: a) illustrare il protocollo di ricerca teso ad indagare l'efficacia dell'applicazione del trattamento sperimentale basato sul CPP realizzando un confronto con la presa in carico tradizionale offerta dal servizio di NPI territoriale; b) illustrare le modalità con

cui ci si propone di effettuare una stima dei costi della presa in carico per entrambe le tipologie di trattamento, in modo da poterli successivamente correlare con gli indicatori di esito.

I DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE

Caratteristiche cliniche

Il DSM-IV-TR inserisce i disturbi da Comportamento Dirompente tra quelli diagnosticati solitamente per la prima volta nell'infanzia, fanciullezza o adolescenza, insieme ai disturbi da Deficit dell'Attenzione. Di questa categoria di disturbi, cosiddetti “esternalizzanti”, cioè quelli in cui i bambini dirigono verso l'esterno le loro emozioni critiche, sotto forma di oppositività, impulsività, iperattività e rabbia, fanno parte il Disturbo Oppositivo Provocatorio e il Disturbo della Condotta. Secondo il DSM-IV-TR, la caratteristica fondamentale del Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) è una modalità ricorrente di comportamento negativistico, provocatorio, disobbediente ed ostile nei confronti delle figure dotate di autorità che persiste per almeno 6 mesi. È caratterizzato da frequente insorgenza di almeno uno dei seguenti comportamenti: perdita di controllo, litigi con gli adulti, opposizione attiva o rifiuto di rispettare richieste o regole degli adulti, azioni deliberate che danno fastidio agli altri, accusare gli altri dei propri sbagli o del proprio cattivo comportamento, essere suscettibile o facilmente infastidito dagli altri, essere collerico e risentirsi, essere dispettoso o vendicativo. Tali comportamenti devono manifestarsi più frequentemente rispetto a quanto si osserva tipicamente nei soggetti di età e

livello di sviluppo paragonabili e devono comportare una significativa compromissione del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo. I comportamenti negativistici ed oppositivi sono espressi con persistente caparbia, resistenza alle direttive, scarsa disponibilità al compromesso, alla resa o alla negoziazione con gli adulti o coi coetanei. L'oppositività può anche includere la deliberata o persistente messa alla prova dei limiti, di solito ignorando gli ordini, litigando e non accettando i rimproveri per i misfatti. L'ostilità può essere diretta contro gli adulti o i coetanei e viene espressa disturbando deliberatamente gli altri o con aggressioni verbali (APA, 1994).

La caratteristica fondamentale del Disturbo della Condotta (DC) è una modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui i diritti fondamentali degli altri oppure le norme o le regole della società appropriate per l'età adulta vengono violate. Questi comportamenti si inseriscono in quattro gruppi fondamentali: condotta aggressiva che causa o minaccia danni fisici ad altre persone o ad animali, condotta non aggressiva che causa perdita o danneggiamento della proprietà, frode o furto e gravi violazioni di regole. Almeno 3 comportamenti caratteristici devono essere stati presenti durante i 12 mesi precedenti, con almeno 1 comportamento presente nei 6 mesi precedenti. L'anomalia del comportamento causa compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo. Il DC può essere diagnosticato in soggetti che hanno più di 18 anni, ma solo se non vengono soddisfatti i criteri per il Disturbo Antisociale di Personalità. La modalità di comportamento è di solito presente in diversi ambienti, come la casa, la scuola, o la comunità. I soggetti con DC

possono avere scarsa empatia e scarsa attenzione per i sentimenti, i desideri e il benessere degli altri. Specie in situazioni ambigue, i soggetti aggressivi con questo disturbo spesso travisano le intenzioni degli altri come più ostili e minacciose del vero e reagiscono con un'aggressione che essi ritengono ragionevole e giustificata. Essi possono essere insensibili e mancare di adeguati sentimenti di colpa o di rimorso. L'autostima è di solito scarsa, sebbene il soggetto possa avere l'aspetto di un duro. Per altri individui l'autostima misurata può essere decisamente esagerata. Scarsa tolleranza alla frustrazione, irritabilità, esplosioni di rabbia, e avventatezza sono frequenti caratteristiche associate (APA, 1994).

Dati epidemiologici

Diversi studi hanno condotto stime di prevalenza dei DCD sui cui risultati non esiste un unanime accordo. Le stime infatti variano molto a seconda dei Paesi in cui sono stati condotti e delle metodologie adottate, come il tipo di campionamento, i diversi metodi di identificazione diagnostica o il tipo di analisi effettuata e soprattutto in base alla fascia di età considerata.

Una review condotta da Roberts et al. (1998) ha preso in esame 52 studi realizzati tra gli anni '50 e gli anni '90, con lo scopo di evidenziare la prevalenza dei disturbi psicopatologici nell'infanzia e nell'adolescenza. Questo lavoro ha evidenziato stime di prevalenza che variano dall'1 al 51%. Mentre studi epidemiologici che hanno adottato una metodologia più rigorosa (Ford et al, 1999; Verhulst et al, 1997; Costello et al, 1996; Fleitlich-Bilyk, Goodman, 2004) riportano stime comprese tra 9,5% e 32,2%.

Questi ultimi studi evidenziano come i più comuni disturbi mentali siano i disturbi d'ansia e i disturbi del comportamento, con una significativa differenza rispetto al sesso: maggiore frequenza nei maschi per i disturbi esternalizzanti, mentre per i disturbi depressivi e d'ansia, a partire dall'adolescenza, si osserva una maggiore frequenza nelle femmine. In una review di Loeber e collaboratori (2000) gli autori hanno evidenziato la prevalenza del DOP e del DC nei diversi studi presi in rassegna. Nella fascia di età 11-14 anni sono riportate prevalenze che vanno dal 1,5 al 14,2% per il DOP e dal 1,5 al 16% per il DC. In relazione al DOP, anche altri studi rilevano una prevalenza simile, che va dal 4 al 16,8% (Egger e Angold, 2006; Lavigne et al, 2009).

Tali riscontri sembrano non essere confermati in Italia, infatti lo studio PrISMA, il principale (e unico) studio multicentrico condotto sull'epidemiologia psichiatrica in età evolutiva ha evidenziato, nella popolazione tra i 10 e i 14 anni, una prevalenza dei disturbi esternalizzanti corrispondente all'1,2% (Frigerio et al, 2007). Tuttavia, nel nostro Paese, molti autori sottolineano come i comportamenti aggressivi e i disturbi del comportamento sociale rappresentino uno dei più frequenti motivi di consultazione nei servizi per l'età evolutiva (Speranza, 2001) e siano diventati gradualmente tra i più importanti ed impegnativi problemi clinici (Lambruschi, 2012). Tali considerazioni sono confermate anche da uno studio condotto nella provincia di Roma, su dati risalenti all'anno 2001 (Di Brina et al, 2008), che aveva lo scopo di rilevare le aree emergenti di disagio adolescenziale, stimandone la prevalenza in carico ai servizi territoriali e verificandone la coerenza con i dati della

letteratura internazionale. Lo studio evidenzia come i Disturbi Specifici dell'Apprendimento risultino essere i più frequenti, seguiti da quelli esternalizzanti (22% del totale) e da quelli internalizzanti. A livello di Regione Toscana, l'Agenzia Regionale della Sanità (2009) conferma che i problemi da comportamento allarmante o disturbante rappresentano la seconda tipologia di disturbi per cui avviene il primo contatto coi servizi per l'infanzia e l'adolescenza (21,9% contro il 30,5% dei disturbi di apprendimento, linguaggio e comunicazione e il 19% dei disturbi psicopatologici acuti, come psicosi, depressione o ansia); viene anche rilevata una evidente differenza di genere a favore dei maschi rispetto alle femmine che invece presentano, con maggior frequenza, disturbi psicopatologici acuti.

I dati epidemiologici mostrano la preoccupante tendenza all'aumento dei DCD, in particolar modo negli ambienti urbani (Burke et al, 2002; Collishaw et al, 2004). Tali affermazioni sono confermate anche dai dati della Regione Toscana che riportano un aumento della prevalenza dei ricoveri di pazienti minorenni per patologie psichiatriche dal periodo 2000-2002 nei confronti del periodo 2008-2010 il cui dato è passato dal 4,8% al 10,1% per i maschi e dal 1,8% al 3,5% per le femmine. Viene anche segnalato un aumento della prevalenza trattata, cioè dei minori che hanno almeno un contatto col Servizio nel corso dell'anno, passata dai 23.423 pazienti del 2010 ai 25.038 del 2011. (ARS, 2011a; ARS, 2012). Purtroppo i dati riportati sono in forma aggregata e contengono, dunque, tutte le patologie trattate senza la possibilità di ricavare il dato specifico relativo ai disturbi del comportamento; tuttavia è interessante segnalare questa tendenza, soprattutto se si tiene in considerazione che

questo tipo di disturbi rappresenta la seconda causa che conduce al primo contatto coi servizi per l'infanzia e l'adolescenza. Tale dato sottolinea, altresì, l'aumentato carico in termini di bisogni che i Servizi si trovano a fronteggiare nel corso degli anni.

Fattori di rischio ed evoluzione clinica

La genesi e l'evoluzione nel tempo dei disturbi da comportamento dirompente nei bambini è legata a diversi fattori, sia individuali che legati ai contesti di vita familiare, sociale e scolastico. Sul piano individuale, la presenza di deficit di varia entità in alcune funzioni neuropsicologiche concorre a determinare l'insorgenza dei DCD, in particolare nelle funzioni esecutive e nelle funzioni legate al linguaggio verbale o al deficit nella processazione delle informazioni sociali (Moffit, 1993; Malone, 1998). Anche la presenza di un difetto nei meccanismi di controllo dell'aggressività e della decodifica dei segnali comunicativi non ostili nell'altro porta ad una scarsa comprensione ed espressione delle emozioni e di empatia (Blair, 2000). La qualità dell'aggressività presente in questi bambini è anche un importante fattore prognostico. I bambini che presentano un'aggressività impulsiva, cioè caratterizzata da reazioni rabbiose esplosive e non programmate in risposta ad uno stimolo interpretato come ostile, hanno una prognosi migliore e più frequentemente sviluppano disturbi dell'umore in adolescenza o età adulta. I bambini che, invece, manifestano un'aggressività di tipo non impulsivo, predatorio, finalizzata all'ottenimento di un vantaggio e con caratteristiche di pianificazione e freddezza, presentano prognosi peggiore e più spesso sviluppano tratti antisociali (Ruglioni et al,

2009).

I DCD sono fortemente correlati all'ambiente di vita del giovane in un'interazione reciproca tra il disagio psichico da una parte e lo scarso accudimento, l'esclusione sociale, la marginalità e la devianza dall'altra. Alcune caratteristiche dell'ambiente familiare rappresentano importanti fattori di rischio per lo sviluppo dei DCD e il loro successivo decorso clinico. Tra queste la qualità dei legami di attaccamento (Fonagy et al, 1993; Shaw et al, 2000), lo stile educativo familiare (Patterson, 1986; Dodge, 1991; Kroll et al, 2004), il vivere con un solo genitore o la presenza di conflittualità nella coppia genitoriale (Ferguson et al, 1994; Routh et al, 1995) e il basso livello socioeconomico (Lochman e Wells, 2002). Tra i fattori legati al contesto di vita, anche quelli di interesse scolastico risultano rilevanti, in particolare le bocciature, la scarsa strutturazione dell'ambiente scolastico e il basso interesse per l'apprendimento (Muratori et al, 2010).

Per i disturbi da comportamento dirompente l'associazione tra fattori contestuali e psicopatologia è spiccata (Lahey et al. 1999) e costituisce una determinante dell'evoluzione del quadro clinico verso lo stabilizzarsi di condotte antisociali e uso di sostanze, favorendo dunque una prognosi più negativa (Loeber et al, 2000).

L'Agenzia Regionale della Sanità ha condotto un'analisi degli stili di vita e del contesto sociale e ambientale dei giovani toscani. Lo studio (ARS, 2011b) descrive gli stili di vita e i comportamenti a rischio in un campione rappresentativo di giovani con età compresa tra i 14 e i 19 anni, analizzandone anche le variabili legate al contesto familiare e sociale. I dati sono raccolti ed elaborati, a partire dal 2005, ogni 3

anni. Per quanto riguarda le caratteristiche familiari è importante sottolineare che viene registrato un aumento delle famiglie monogenitoriali dal 2005 al 2011, legato all'aumento del numero di separazioni/divorzi. Dal punto di vista scolastico viene rilevato un aumento degli alunni ripetenti, sempre nel confronto tra 2005 e 2011 (17,6% vs 24,6%), con il 59,8% degli alunni che dichiara di avere un rendimento “poco buono” o “pessimo”. Anche il costrutto del “distress psicologico”, indagato attraverso una serie di domande che fanno riferimento a sintomi di disagio psichico e che rappresenta la descrizione di una condizione psicologica caratterizzata da tristezza, ansietà, frustrazione o altri stati negativi dell'umore, registra un aumento della propria incidenza tra i giovani ed è strettamente correlato con l'aumento di comportamenti a rischio quali l'abuso di alcool e sostanze e il comportamento “da bullo”. Le condizioni sopra citate possono essere identificate tra i fattori di rischio per l'evoluzione clinica dei DCD. Per tale motivo, pur in presenza di un quadro complessivo più che positivo che caratterizza la condizione dei giovani toscani, appare significativo evidenziare quanto la tendenza ad un progressivo aumento di determinati stili di vita e condizioni sociali possa influenzare il trend in crescita della prevalenza dei DCD, generando l'aspettativa di un aumento anche per il futuro.

Nessun fattore, preso singolarmente, risulta determinante ma è l'aggregazione di più elementi di rischio che va a costituire il substrato favorevole per lo sviluppo dei DCD. La psicopatologia dello sviluppo sottolinea il concetto di multifattorialità nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive che costituiscono espressione del DOP e del DC. La prospettiva dell'integrazione delle diverse ipotesi

eziopatogenetiche è necessaria per comprendere i peculiari processi cognitivi dei DCD, che non possono essere ricondotti esclusivamente ad un certo dato temperamentale, né ad uno specifico deficit neuronale, né ad un particolare pattern di attaccamento (Ruglioni et al, 2009).

La presenza di determinate caratteristiche, la combinazione dei diversi fattori di rischio e le eventuali comorbidità generano il successivo sviluppo di un notevole spettro di disturbi, con diversi gradi di compromissione del funzionamento, inquadrabili in determinate sequenze evolutive. Nella loro review, Loeber e coll. (2000) sottolineano come si possano distinguere dei sottogruppi che presentano differenti prognosi, tenendo in considerazione l'età di esordio, il genere, le caratteristiche dell'aggressività e la comorbidità con altri disturbi psichici. Anche altri autori hanno studiato l'evoluzione e la persistenza dei disturbi psichiatrici dell'infanzia e adolescenza in età adulta (Copeland et al, 2009; Sanna et al, 2013). In base a questi lavori si possono evidenziare le seguenti sequenze evolutive, dall'infanzia, all'adolescenza fino all'età adulta: a) il DOP è un precursore del DC che può essere un precursore del Disturbo Antisociale di Personalità (DPA); b) lo sviluppo del DPA è correlato con espressione di comportamenti violenti, uso di sostanze e alcool; c) la presenza di ADHD in comorbidità è correlata con un'età di esordio più precoce del DOP o del DC e identifica un sottotipo di pazienti più gravi e maggiormente resistenti ai trattamenti, con prognosi sociale più negativa; d) circa la stabilità dei quadri clinici nel tempo si riscontrano rilievi contrastanti, con un maggior accordo sulla persistenza dei disturbi nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza

rispetto al passaggio dall'adolescenza all'età adulta; e) un sottogruppo di soggetti con disturbi da comportamento dirompente sviluppa tardivamente ansia e depressione; f) esistono differenze di sviluppo a seconda del genere, con le femmine con DCD maggiormente esposte allo sviluppo successivo di depressione rispetto ai maschi; g) viene rilevato un certo grado di comorbidità tra DCD e Disturbi Bipolari, sottotipo con decorso cronico (Masi et al 2006).

IL COPING POWER PROGRAM

L'ottica preventiva sembra essere la più valida nell'ostacolare l'organizzazione di comportamenti aggressivi cronici perché permette di intervenire nelle fasi iniziali del disturbo, ovvero quando i modelli comportamentali e i corrispondenti stili cognitivi e di regolazione emotiva sono più facilmente plasmabili (Tremblay, 2006). Gli interventi preventivi derivano dalla maggiore conoscenza dei meccanismi di genesi dei DCD descritti nel concetto di multifattorialità, che sottolinea l'importanza dell'interazione tra i diversi fattori di rischio nei vari contesti. Negli ultimi anni, a partire dal concetto di multifattorialità, sono stati elaborati alcuni trattamenti multimodali, che integrano interventi psicosociali sui minori, psicoterapeutici sui familiari e di counseling rivolti a tutti gli operatori che interagiscono col bambino nei vari contesti di vita. Gli studi sull'efficacia di tali interventi hanno permesso di abbandonare la visione pessimistica di qualche decennio fa che riteneva i DCD intrattabili e a prognosi sfavorevole (Kazdin e Wassel, 2000).

Il programma Coping Power (CPP) è stato sviluppato da Lochman e collaboratori ed

è uno dei pochi programmi per il trattamento del comportamento dirompente in età scolare. È stato introdotto in Italia dal gruppo di lavoro della Dr.ssa Annarita Milone del servizio per i disturbi del comportamento in età evolutiva “Al di là delle nuvole” dell'UO3 dell'IRCCS Fondazione Stella Maris di Pisa. Questo gruppo ha anche curato la traduzione e l'edizione italiana del manuale del Coping Power di Lochman e coll. (2012), di cui sono riportate ampie parti nel presente lavoro.

Il CP ha le sue basi teoriche nel “contextual social-cognitive model” di Lochman e Wells (2002), un modello ecologico dell'aggressività in età infantile, che appare correlata a una serie di fattori del contesto familiare e sociale. Fattori come quartieri di residenza problematici, depressione materna, scarso supporto sociale, conflitti genitoriali, basse condizioni socioeconomiche, hanno un'influenza diretta sullo sviluppo dei problemi comportamentali dei bambini mentre, indirettamente, possono aggravarne le caratteristiche, influenzando alcuni processi cardine come le pratiche educative genitoriali, le abilità sociali e la regolazione emotiva dei bambini (Lochman et al, 2008). Ai fattori legati al contesto familiare e sociale si aggiungono fattori di rischio biologici quali le complicanze neonatali, fattori genetici, anomali livelli di serotonina, fattori temperamentali che, in presenza di fattori di rischio ambientali, possono portare allo sviluppo di disturbi della condotta nel bambino. È da sottolineare come gli autori subordinino il ruolo della predisposizione biologica e temperamentale nello sviluppo di disturbi del comportamento, alla presenza di fattori ambientali legati allo stile educativo particolarmente duro o, al contrario, alla scarsa guida educativa, al rifiuto materno, al maltrattamento o all'abuso e alle condizioni

socioeconomiche svantaggiate. Pertanto, il modello multifattoriale proposto pone maggiormente l'accento sull'interazione con l'ambiente quale fonte di sperimentazione di esperienze, sia nelle relazioni primarie che nel contesto sociale, che sviluppano, nei bambini con problemi di aggressività, una modalità distorta e deficitaria di elaborazione dell'informazione sociale. Essi tendono a percepire e valutare i segnali sociali prevalentemente in maniera ostile ed a reagire in modo aggressivo (Lochman e Dodge, 1994).

Accanto a questo quadro descrittivo della genesi del disturbo, sono anche state identificate altre difficoltà nel problem solving interpersonale: questi bambini sono meno efficaci degli altri nel generare un numero sufficiente di soluzioni adattive al problema percepito e considerano l'aggressività come una modalità per modulare le emozioni e come la strategia più efficace per regolare le relazioni interpersonali (Lochman e Lenhart, 1993; Lochman e Wells, 2003).

A partire da questo modello gli autori hanno sviluppato un programma che prevede uno specifico intervento di gruppo per i bambini, portato avanti in parallelo con un intervento di parent training con i genitori.

La componente Coping Power Bambini prevede l'adozione di tecniche cognitivo-comportamentali ed altre attività volte al potenziamento di abilità socio-relazionali quali intraprendere obiettivi a breve e lungo termine, organizzare efficacemente lo studio, riconoscere e modulare i segnali fisiologici della rabbia, riconoscere il punto di vista altrui, risolvere adeguatamente le situazioni conflittuali, resistere alle pressioni dei pari ed entrare in contatto con gruppi sociali positivi. Le tecniche

principali utilizzate sono il role-play, il problem-solving, l'assegnazione e revisione di compiti a casa, l'individuazione di obiettivi a breve e lungo termine e l'utilizzo di supporti come i videotape, unitamente ad un metodo sistematico di rinforzi positivi. Tra le tecniche adottate l'interazione con i pari ha una notevole importanza; il programma, infatti, si articola in sedute di gruppo, normalmente di 5-6 bambini. Tale scelta permette ai bambini di confrontarsi con esperienze "in vivo", finalizzate all'apprendimento di abilità relazionali e competenze sociali, inoltre il rinforzo sociale del gruppo dei pari ha un'efficacia maggiore di quello dell'adulto in situazione diadica (Lochman e Lenhart, 1993).

L'aspetto che caratterizza questo tipo di intervento è la strutturazione di attività che prevedono l'induzione di un certo grado di attivazione affettiva, rendendo possibile l'apprendimento di tecniche per il controllo della rabbia mentre il bambino è emotivamente attivato. Gli esercizi proposti, come per esempio quelli attraverso il role-play, permettono al bambino di sperimentarsi nelle situazioni che lo coinvolgono affettivamente favorendo una maggiore generalizzazione degli effetti del trattamento. Inoltre il programma punta a sviluppare abilità di problem solving in situazioni sociali, spesso mutate dall'esperienza di vita dei bambini stessi. Attraverso una serie di esercizi, che possono anche prevedere la videoregistrazione, si spingono i componenti del gruppo a valutare insieme le difficoltà delle varie situazioni proposte, a identificare e sperimentare le soluzioni e a valutarne le conseguenze positive e negative. Si mira a sviluppare un'attenzione particolare nel far riconoscere ai bambini come una stessa situazione possa essere interpretata in modi diversi e come possano

essere attribuite ragioni diverse al comportamento delle persone. Viene in questo modo promossa la capacità di autoriflessione che permette, attraverso il gioco, di esplorare il rapporto tra pensieri, sentimenti e comportamenti e quindi di imparare a modulare le proprie esperienze emotive.

La componente Bambini del CPP è organizzata in 32 sessioni (più 2 sessioni, una pre e l'altra post vacanze), la cui cadenza è settimanale, con una durata media per incontro di circa 1 ora e mezza. La durata complessiva del programma è di circa 16-18 mesi.

La componente Coping Power Genitori trae le sue radici dal modello del parent training, una forma di intervento strutturata e manualizzata, di solito realizzata in setting gruppale, rivolta a genitori accomunati dall'esperienza di avere figli con problematiche specifiche. L'obiettivo del parent training è quello di ampliare le abilità del genitore nella gestione educativa quotidiana del figlio, di ridurre il livello di stress genitoriale e familiare e di incrementare le capacità genitoriali nella risoluzione dei problemi.

Il parent training è stato adottato per il trattamento di diverse problematiche dell'età evolutiva come ADHD, Disturbi Generalizzati dello Sviluppo, Ritardo Mentale, generiche problematiche di tipo educativo.

Nel parent training vengono utilizzate diverse tecniche come le discussioni di gruppo, il role play, le tecniche di rinforzo. Vengono inoltre utilizzati i video con lo scopo di fornire feedback e possono essere previsti “compiti a casa” che i genitori devono svolgere tra una seduta e l'altra.

L'efficacia di questo tipo di interventi è riconosciuta e documentata da diversi anni attraverso studi empirici e meta analisi (Cedar e Levant, 1990; Thomas e Zimmer-Gembeck, 2007, Kaminski et al, 2008), tuttavia in Italia solo recentemente gli interventi di supporto alla genitorialità, nella forma di parent training, hanno iniziato ad essere adottati. Nella determinazione di questa espansione, hanno avuto un ruolo fondamentale gli impulsi derivanti dalle istituzioni e dalle associazioni di familiari che hanno spronato i servizi pubblici ad investire importanti quote di risorse per questo tipo di interventi che sono stati inseriti anche nelle linee guida e nei protocolli di trattamento di specifici disturbi dell'età evolutiva. A titolo di esempio, si ricordino i percorsi di parent training adottati nella presa in carico dell'ADHD e dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (Lambruschi, 2012).

Il programma di parent training proposto da Lochman e collaboratori è costituito da 16 incontri di gruppo strutturati e manualizzati, che coprono un periodo equivalente a 2 anni scolastici. I protocolli di CP Bambini e CP Genitori si articolano all'interno di un programma che procede in parallelo; in questo modo le stesse abilità individuali e relazionali possono essere specularmente apprese sia dai bambini che dai loro genitori.

Il focus del CP Genitori è orientato ad affrontare i seguenti punti:

- l'organizzazione e gestione dei compiti scolastici dei figli, in modo da fornire al bambino un adeguato supporto, una guida e un monitoraggio di tale attività;
- il riconoscimento e la gestione delle proprie aree di stress, imparandone la gestione attraverso l'insegnamento di tecniche di automonitoraggio cognitivo

ed emotivo e di tecniche di rilassamento;

- la capacità di condurre un'adeguata analisi funzionale del comportamento del bambino (attraverso il modello ABC) promuovendo in tal modo un miglioramento della relazione;
- la capacità di rinforzare i comportamenti positivi e di portare gradualmente in estinzione i comportamenti negativi meno gravi;
- la capacità di trasmissione al bambino di istruzioni in modo chiaro e concreto;
- la definizione di chiare regole e aspettative per il bambino e il loro monitoraggio nel tempo;
- la capacità di gestire in modo equilibrato la disciplina e la punizione;
- la preparazione e la pianificazione delle attività estive;
- la costruzione di un più sereno clima di coesione familiare, attraverso la pianificazione di adeguate e piacevoli attività condivise sia dentro che fuori casa;
- l'apprendimento e l'utilizzazione del problem solving familiare nell'affrontare situazioni di conflitto;
- la promozione di adeguate modalità di comunicazione familiare, anche attraverso spazi strutturati di family meeting.

La componente genitori si sviluppa in 14 sessioni (più 2 sessioni, pre e post vacanze) che si svolgono nello stesso arco temporale, parallelamente al percorso per i bambini.

Gli studi sul CPP (Lochman et Wells, 2003; Lochman et al, 2007; Van de Wiel et al,

2007) mostrano la sua efficacia nel ridurre i comportamenti aggressivi nei bambini sia a casa che a scuola e nel prevenire l'abuso di sostanze, sia al termine dell'intervento che al follow-up di un anno. Sono stati rilevati benefici quali miglioramento del funzionamento sia a casa che a scuola, delle competenze sociali e dell'analisi delle informazioni sociali, l'incremento delle abilità di problem solving e un aumento del coinvolgimento dei genitori con l'utilizzo di modalità educative più consistenti (Ruglioni et al,2009).

PRESENTAZIONE DEL CENTRO DIURNO ED ESIGENZA DI INTRODURRE IL COPING POWER PROGRAM

Il Centro Diurno “La Scala” (CD), struttura di riabilitazione extra-ospedaliera dell'IRCCS Fondazione Stella Maris di Pisa, eroga interventi riabilitativi rivolti a pazienti dai 12 ai 18 anni affetti da patologie psichiatriche. Il CD è convenzionato con l'ASL11 di Empoli dalla cui zona afferiscono i pazienti in trattamento. Il modello di presa in carico è caratterizzato da una forte integrazione tra lo staff del presidio riabilitativo del CD e la UO di NPI territoriale, che si occupa dell'inquadramento diagnostico, della terapia farmacologica e che ha la responsabilità della presa in carico globale del paziente.

Il gruppo di lavoro del CD è costituito da 1 Direttore Sanitario, 1 Neuropsichiatra Infantile, 1 Psicologo, 1 Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, 4 Educatori Professionali, 1 Terapista della Neuro-PsicoMotricità dell'Età Evolutiva. La presenza di tali figure è programmata per fasce orarie, nei giorni di apertura, quest'ultima si

articola su 5 giorni a settimana, con orario pomeridiano.

La riabilitazione psichiatrica è costituita da un insieme di interventi tesi a promuovere nel paziente il recupero o lo sviluppo del maggiore livello possibile di funzionamento in ambito personale, familiare, sociale, lavorativo (Lieberman, 1997). Gli interventi erogati al CD non solo si basano sul recupero di abilità come unico determinante del miglioramento del funzionamento ma, rivolgendosi ad un'utenza adolescenziale, sono mirati anche all'individuazione dei fallimenti e delle aspettative non realizzate dei pazienti e dei familiari, alla ricostruzione della fiducia nel rapporto interpersonale, al sostegno del livello di autostima e al raggiungimento di un proprio ruolo nella famiglia e nella società (Cerrai, 2008). Tutti questi obiettivi sono perseguiti attraverso un modello di intervento che privilegia la relazione tra operatore e utente ma anche tra utenti in contesti di piccoli gruppi. Tali gruppi, definiti gruppi di attività, sono strutturati in maniera tale da favorire lo sviluppo di abilità in un contesto caratterizzato da regole chiare, accogliente, sicuro, che privilegia la comunicazione e che tende al sostegno e allo sviluppo del senso di Sé.

All'interno di questo modello è stato deciso di inserire un percorso specifico, dedicato a preadolescenti con disturbo del comportamento e ispirato all'esperienza del CPP, già da anni portata avanti dal gruppo della Dr.ssa Milone presso la Fondazione Stella Maris. Tale decisione si è resa necessaria dall'emergere di un bisogno costantemente maggiore di presa in carico per i pazienti affetti da DCD afferenti dal territorio della ASL di Empoli. Oltre a questo dato, che deriva da un aumento della prevalenza a livello del territorio, si riscontra che tali disturbi, se non trattati precocemente,

possano risultare refrattari al trattamento riabilitativo proposto dal CD, obbligando così il servizio a ricorrere ad altre modalità di trattamento più intensive e anche più costose come le Comunità Terapeutiche. Il progetto Coping Power presso il CD nasce dall'analisi di questi relativamente nuovi bisogni e dalla consapevolezza di dover introdurre un intervento più precoce, mirato, basato su evidenze scientifiche più aggiornate e che abbia un maggior potenziale preventivo nei confronti dello sviluppo di quadri psicopatologici a prognosi più negativa. La riflessione, attivata insieme ai responsabili dell'UO NPI dell'ASL di Empoli, ha condotto alla formulazione di questo nuovo intervento la cui realizzazione ha richiesto un lungo periodo di progettazione della durata di circa un anno. Questo lasso di tempo è stato dedicato alla formazione del personale e soprattutto alla ricerca di soluzioni organizzative che rendessero possibile l'integrazione del CPP in una struttura che dovrà continuare a mantenere anche l'originario modello di riabilitazione psichiatrica. Si è giunti a strutturare, infatti, un doppio livello di intervento: da una parte il mantenimento della presa in carico di tipo psicosociale, con interventi di lungo periodo e con maggiori accessi settimanali; dall'altra un intervento più intensivo, limitato nel tempo, altamente strutturato e separato dal primo da un punto di vista ambientale. Una volta definite le caratteristiche organizzative e di attuazione tecnica e stabilito un calendario delle sedute, è stata avviata una prima esperienza di apprendimento.

LO STUDIO

In vista della stabilizzazione di questo tipo di programma all'interno dell'offerta

terapeutico-riabilitativa del CD, si avverte l'esigenza di valutarne gli esiti costruendo un protocollo di studio che si ispiri alle modalità di valutazione adottate in precedenti lavori per il CPP. Lo studio intende indagare l'efficacia di un modello di presa in carico territoriale in cui è inserito il CPP applicato presso il CD, confrontandolo con la presa in carico "usual", attualmente erogata dal servizio di NPI della ASL 11. Intende, altresì, effettuare una stima dei costi della presa in carico per entrambe le tipologie di trattamento, in modo da poterli successivamente correlare con gli indicatori di esito.

Due ipotesi saranno dunque indagate. La prima è che il trattamento che prevede il CPP adottato presso il CD avrà effetti significativamente migliori del trattamento usual relativamente all'adattamento scolastico, ai sintomi esternalizzanti nonché rispetto alla prevenzione di comportamenti delinquenziali e uso di sostanze al follow-up. La seconda è relativa all'andamento della curva dei costi: durante i primi 9 mesi ci si aspetta che la caratteristica di intensività dell'intervento CPP al CD possa risultare maggiormente costosa rispetto alla presa in carico usual. Tuttavia, ai successivi follow up, si potrà apprezzare una significativa riduzione della spesa nei pazienti che hanno terminato il CPP, poiché il loro miglior adattamento sociale e clinico determinerà un minor ricorso ai servizi territoriali.

TRATTAMENTO SPERIMENTALE

Il trattamento sperimentale consiste in una forma di presa in carico da parte del Servizio Territoriale che comprende il Coping Power Program attuato presso il CD. È

previsto che ciascun paziente rimanga in carico alla UO di NPI della ASL per quanto riguarda alcune prestazioni quali l'eventuale prescrizione e gestione della terapia farmacologica, la valutazione strutturata, le visite di controllo e gli interventi di supporto previsti dal Servizio Sociale. Tali prestazioni risulteranno comuni sia al trattamento sperimentale che a quello di controllo. La versione del CPP applicata al CD mantiene inalterata la strutturazione delle componenti Genitori e Bambini descritte nel programma originale di Lochman, di cui segue scrupolosamente il manuale nell'impostazione delle sedute e nell'utilizzazione delle tecniche; tuttavia contiene alcune modifiche esposte di seguito. Innanzitutto il percorso si rivolge a bambini con DCD di età compresa tra i 10 e i 12 anni. In secondo luogo, varia la durata complessiva del trattamento che nella nostra versione è concentrato in 9-10 mesi; una durata simile è riportata in letteratura dallo studio di van de Wiel e coll. (2007) che confrontava l'efficacia di una versione modificata del CP con il trattamento standard offerto dal servizio, in bambini olandesi dagli 8 ai 13 anni. Inoltre, è stata inserita nel percorso Bambini un'altra seduta settimanale che prevede la frequenza di un laboratorio teatrale di gruppo, attività finalizzata a favorire la conoscenza e la coesione del gruppo, ad ampliare le abilità comunicative e, attraverso esercizi teatrali specifici, a mettere in scena situazioni conflittuali sulle quali sperimentare le abilità oggetto delle sedute del CPP. Infine il percorso prevede una costante collaborazione e comunicazione con le scuole dei pazienti inseriti allo scopo di condividere il metodo e gli obiettivi da raggiungere.

TRATTAMENTO DI CONTROLLO

Il trattamento “usual” offerto dal servizio di NPI della ASL per i pazienti affetti da DCD rappresenta il trattamento di controllo.

La definizione di un trattamento “usual” offerto dal servizio territoriale non è semplice, infatti spesso si riscontrano interventi che, essendo basati su bisogni individuali, sono alquanto eterogenei. La presa in carico territoriale è infatti caratterizzata da un insieme di interventi attuati successivamente all'analisi dei bisogni specifici di ciascun paziente, definendo un tipo di progetto terapeutico altamente individualizzato. All'interno di questo modello il Neuropsichiatra Infantile rappresenta una sorta di “case manager” che coordina il progetto globale del paziente costituito, oltre che dalla diagnosi e dalla terapia del disturbo, anche dagli interventi educativi, riabilitativi e di sostegno nei vari ambiti di vita dei pazienti. L'elemento centrale della presa in carico è rappresentato dall'équipe multidisciplinare che rappresenta l'organo di indirizzo, coordinamento e verifica dei singoli progetti.

Allo scopo di specificarla il più possibile sono stati individuati gli interventi in cui si può articolare la presa in carico. È da tener presente che alcuni di questi sono erogati da UO diverse dalla Neuropsichiatria Infantile come per esempio le psicoterapie, che possono essere erogate dalla UO di Psicologia della ASL o gli interventi educativi individuali che possono essere erogati dai Servizi Sociali dei Comuni. Quest'ultima considerazione mette ancor più in evidenza il ruolo dell'équipe multidisciplinare nel coordinamento dei diversi professionisti coinvolti nel progetto.

Per la definizione degli interventi erogati dai servizi è stato preso come riferimento il

documento dell'ARS relativo alle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale (De Wet et al, 2012) che ha consentito di individuare le seguenti tipologie di prestazioni: prima visita specialistica, valutazioni diagnostiche strutturate, somministrazione farmaci, visita di controllo, consulenza, intervento psicoterapico, riunione di équipe, interventi di riabilitazione psicosociale, interventi formativi, psicoeducazionali e di risocializzazione, interventi sulla rete sociale, colloqui svolti da figure diverse dallo specialista, consultazioni in ambito scolastico. A questi vanno aggiunti altri interventi quali i ricoveri e i day-hospital, i servizi semiresidenziali, quelli residenziali e le comunità terapeutiche.

MATERIALE E METODO

Procedura

In questo studio saranno arruolati bambini di età compresa tra i 10 e i 12 anni, in carico al servizio di NPI e provenienti dai comuni afferenti alla ASL 11 di Empoli. Saranno selezionati coloro che vivono in famiglia, che presentano diagnosi clinica di DOP o DC e non hanno comorbidità con Ritardo Mentale. La diagnosi sarà effettuata secondo i criteri del DSM-IV e successivamente confermata con strumenti validati. Coerentemente con altri studi (Lochman e Wells, 2004), verranno selezionati solo maschi. La decisione è motivata dalle insufficienti conoscenze a proposito delle caratteristiche e l'evoluzione dell'aggressività nelle femmine e dalla difficoltà di reclutare un campione numericamente sufficiente affinché possano essere analizzate adeguatamente le differenze nel genere. Tra coloro che rientrano nei criteri di

inclusione verranno costituiti, mediante assegnazione casuale, il gruppo che seguirà il percorso CPP al CD e il gruppo di controllo. Il primo sarà composto da 5 bambini, il secondo dai restanti non estratti.

Dopo una fase di screening e di valutazione pre-trattamento della durata di circa 4 mesi, i pazienti di entrambi i gruppi saranno monitorati, sia per la valutazione degli esiti clinici che per la determinazione dei costi degli interventi, per un periodo complessivo di 27 mesi. Tale periodo comprende, oltre alla durata del percorso (9 mesi) anche i successivi follow-up a 6 e 18 mesi. Durante il mese di maggio di ogni anno verranno selezionati i bambini in possesso dei criteri di inclusione che avranno accesso alla fase di valutazione strutturata pre-trattamento.

Nei mesi di giugno, luglio e agosto il campione sarà sottoposto a valutazione strutturata pre-trattamento presso l'UO NPI della ASL. Gli obiettivi di questa fase sono: conferma diagnosi clinica, verifica assenza di criteri di esclusione e costruzione della baseline dei dati. Inoltre verranno raccolti i consensi per la partecipazione allo studio.

Alla fine della valutazione strutturata i bambini verranno assegnati casualmente ai due gruppi. Per coloro che saranno stati selezionati per il percorso CPP al CD si avvieranno i colloqui con lo staff del CD finalizzati ad illustrare il trattamento proposto e raccogliere il consenso. Coloro che rifiuteranno saranno esclusi dallo studio e si procederà all'estrazione dei loro sostituti.

Il trattamento inizierà tra la metà e la fine del mese di settembre terminando intorno alla metà del giugno successivo, sovrapponendosi in tal modo alla frequenza

scolastica. Successivamente saranno effettuate le indagini di efficacia per entrambi i gruppi, previste alla fine del trattamento e ai follow-up a 6 e 18 mesi, mediante la somministrazione degli strumenti di valutazione.

Per l'intera durata dello studio, il NPI di riferimento di ogni paziente compilerà un diario costi finalizzato alla rilevazione delle voci di costo per entrambe le tipologie di presa in carico.

Al fine di ottenere un campione sufficientemente ampio e considerando che per ogni anno sarà attivato un solo gruppo CPP al CD di massimo 5 pazienti, si ritiene necessario concludere 5 cicli di trattamento coi relativi follow-up per ogni ciclo. In tal modo si prevede di ottenere un numero di almeno 20 casi, considerando la possibilità di eventuali drop-out, da confrontare coi controlli che hanno seguito la presa in carico tradizionale.

Protocollo di valutazione

Di seguito sono descritti gli strumenti di valutazione adottati nello studio con i relativi tempi e modalità di somministrazione.

WISC-III (Wechsler, 1991): La WISC fu creata da David Wechsler nel 1949 come strumento di misurazione dell'intelligenza in bambini in età scolare dai 6 ai 16 anni.

A partire da questo strumento furono poi realizzate nuove versioni, tra queste la WISC-III che rappresenta il test applicato nel presente studio per valutare il Quoziente Intellettivo (QI) dei pazienti selezionati. La WISC-III è una scala composta da 13 subtest divisi in due gruppi: subtest verbali e subtest di performance.

La somministrazione avviene alternando una prova della scala verbale ad una prova della scala di performance. I subtest selezionano diverse abilità mentali (memoria, ragionamento astratto, percezione, etc.) che tutte insieme vanno a concorrere all'abilità intellettiva generale (quoziente d'intelligenza). L'abilità del bambino è sintetizzata attraverso tre diversi punteggi: QI verbale (QIV) dato dalla somma dei punteggi ponderati dei subtest verbali; QI di performance (QIP) dato dalla somma dei punteggi ponderati dei subtest di performance; QI totale (QIT) che costituisce la combinazione dei punteggi ai subtest verbali e di performance. Nel nostro studio la WISC-III viene somministrata solo nella fase di valutazione pre-trattamento allo scopo di verificare che il QIT di ogni paziente sia corrispondente ai criteri di inclusione ovvero risulti superiore a 80.

K-SADS-PL: la K-SADS, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children, nella versione PL (Kaufman et al, 2004), è un'intervista semi-strutturata volta a valutare disturbi psicopatologici attuali e pregressi in bambini e adolescenti, secondo i criteri del DSM-III-R e del DSM-IV. Viene somministrata necessariamente da un clinico esperto nel suo utilizzo che raccoglie le informazioni sia dai genitori che dal bambino/adolescente. La K-SADS-PL è composta da 6 strumenti che devono essere compilati: un'intervista introduttiva non strutturata; un'intervista diagnostica di screening; una checklist per la somministrazione dei supplementi; eventuali supplementi diagnostici; la checklist complessiva della storia clinica del paziente; la scala di valutazione globale del funzionamento del bambino.

La K-SADS-PL è uno strumento diagnostico che si è dimostrato valido e attendibile in diversi studi. Nel nostro studio viene somministrata solo nella fase di valutazione pre-trattamento allo scopo di confermare la diagnosi clinica ed indagare la presenza di comorbidità.

Scale di Conners: Le scale di Conners (Conners, 1997) sono scale multidimensionali ampiamente utilizzate nel contesto clinico e di ricerca per la valutazione del Disturbo da Deficit d'Attenzione con e senza Iperattività (DDAI) e di altri disturbi eventualmente presenti in comorbidità (disturbi della condotta, problemi cognitivi, sintomi d'ansia, problemi relazionali). Si distinguono tre diverse scale, per genitori, insegnanti ed autosomministrata in due versioni, una integrale –Long- ed una abbreviata –Short-, che consentono di raccogliere informazioni circa il comportamento dei soggetti in diversi contesti e secondo diversi punti di vista. Le scale sono standardizzate per soggetti da 3-17 anni, nelle versioni per genitori ed insegnanti, e da 12-17 anni per le scale autosomministrate sulla base di un campione normativo di riferimento americano. Nello studio le scale di Conners sono utilizzate per valutare la presenza e la gravità della sintomatologia ADHD. Il protocollo ne prevede la somministrazione ai genitori nella forma breve (CPRS-R-S) al pre-trattamento, alla fine dell'intervento e ai follow-up a 6 e 18 mesi.

CBCL: la Child Behavior CeckList è uno strumento di valutazione elaborato da Thomas Achemback (1991) all'interno di un paradigma valutativo finalizzato ad

ottenere informazioni sull'adattamento, sulle competenze, sui problemi comportamentali ed emotivi del bambino e dell'adolescente, individuandoli in situazioni diverse e derivanti da fonti multiple. Lo strumento può essere utilizzato con molteplici finalità: valutazione clinica, piani di prevenzione, pianificazione di interventi psicologici, educativi e psicosociali, verifica dei risultati e dell'efficacia di un trattamento, ricerca epidemiologica e clinica. La CBCL 4-18 è un questionario, compilato dai genitori e strutturato in due parti: la prima raccoglie informazioni su varie aree del funzionamento personale e sociale, la seconda contiene 118 item che si presentano sotto forma di affermazioni relative a comportamenti in vari ambiti e a problemi emozionali. Il genitore risponde ad ogni item attribuendogli un punteggio di frequenza: 0 = raramente o mai; 1 = qualche volta; 2 = spesso o sempre. Dai punteggi ottenuti, confrontati coi valori normativi, si ricavano 2 punteggi totali (uno per le competenze, uno per i problemi comportamentali ed emotivi) e 2 profili separati (un profilo competenze e un profilo psicologico e/o psicopatologico). La CBCL consente anche di identificare 8 sindromi (Ritiro, Lamentele somatiche, Ansia/Depressione, Problemi sociali, Problemi del pensiero, Problemi dell'attenzione, Comportamento delinquenziale, Comportamento aggressivo) che sono raggruppate in 3 principali scale sindromiche: scale dei problemi internalizzanti, scale dei problemi esternalizzanti, scale dei problemi né internalizzanti né esternalizzanti. La CBCL si è dimostrato uno strumento valido ed affidabile per la valutazione dei problemi emotivo-comportamentali dei bambini e degli adolescenti anche nel contesto italiano (Frigerio et al, 2004). Nel nostro studio lo strumento viene utilizzato per valutare gli

esiti clinici degli interventi. Il protocollo prevede la somministrazione della CBCL al pre-trattamento, alla fine dell'intervento e ai follow-up a 6 e 18 mesi.

MOAS: la Modified Over Aggression Scale (Kay et al. 1988) è un breve questionario che fornisce una valutazione settimanale dell'aggressività. Propone una lista di controllo comportamentale iniziale per arrivare, poi, ad un sistema di stima a 5 punti che rappresenta livelli crescenti di gravità. Fornisce un punteggio totale che riflette la gravità globale dell'aggressività. La MOAS viene somministrata al pre-trattamento, a 3 e a 6 mesi dall'inizio dell'intervento, alla fine dell'intervento e al follow-up a 6 e 18 mesi.

C-GAS: Il Children's Global Assessment Scale (Shaffer et al, 1983) è uno strumento di misura del funzionamento globale. Viene utilizzato per la valutazione di bambini di età compresa tra i 4 e i 18 anni. Il bambino viene valutato su vari livelli di funzionamento compresi tra 0, che corrisponde alla necessità di una costante supervisione, a 100 che corrisponde ad funzionamento superiore in tutti i settori. La compilazione, che di solito avviene al termine di un "assessment", richiede da parte del valutatore pochi minuti. Nel nostro studio la CGAS viene utilizzata per la valutazione degli esiti nella dimensione del funzionamento dei pazienti e somministrata al pre-trattamento, a 6 mesi dall'inizio dell'intervento, alla fine dell'intervento e al follow-up a 6 e 18 mesi.

FACES IV: Il Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES) è un questionario elaborato da Olson, Portner e Lavee (1985) per valutare due dimensioni fondamentali del funzionamento familiare, la Coesione e l'Adattabilità, sulla base del Modello Circonflesso del funzionamento familiare di Olson. Lo strumento denominato FACES-IV rappresenta la versione più aggiornata dei diversi questionari FACES (Olson et al, 2004; adattamento italiano di Baiocco et al, 2010) e misura dimensioni come la *coesione*, definita come vincolo emozionale che ciascun membro della famiglia prova nei confronti dell'altro; l'*adattabilità*, cioè la qualità e l'espressione di leadership e di organizzazione, ruoli e regole di relazione e negoziazione; la *comunicazione* ovvero l'insieme di quelle abilità comunicative positive utilizzate all'interno della coppia o del sistema familiare. Lo strumento distingue 2 tipologie familiari, "Balanced" e "Unbalanced" e 5 stili genitoriali in base ai quali una famiglia può essere classificata attraverso la somministrazione del questionario self-report. Nel nostro studio lo strumento viene compilato al pre-trattamento e alla fine dell'intervento; ha il duplice scopo di evidenziare le caratteristiche familiari e gli stili genitoriali che maggiormente si associano alle problematiche comportamentali dei bambini e di valutare l'andamento del percorso dedicato ai genitori.

ESQ: Il questionario è stato costruito dalla Commission for Health Improvement (Astride-Stirling, 2002) come mezzo per la misurazione della soddisfazione dei servizi che operano nella salute mentale infanzia ed adolescenza e viene utilizzato nel

nostro studio nella versione italiana. Si tratta di uno strumento valido per la misurazione routinaria dei servizi ed è composto da 12 item distribuiti su scala Likert e tre item caratterizzati da domande aperte. Per la nostra indagine viene utilizzata solo la versione dedicata ai genitori e/o caregiver. E' uno strumento di facile utilizzo, è in forma anonima e la sua compilazione richiede circa dieci minuti. Essendo finalizzato alla valutazione della soddisfazione viene somministrato solo per il percorso CPP al CD alla fine del trattamento.

SCHEDA NOTIZIE ESSENZIALI: per ogni paziente sarà realizzata una scheda che contiene le notizie essenziali circa la storia clinica, la famiglia e il livello socio-economico della famiglia, la scuola.

DIARIO COSTI: Il diario costi rappresenta uno strumento atto alla rilevazione dei costi. È costituito da un elenco di prestazioni che vengono periodicamente registrate a partire da un questionario somministrato ai genitori, integrato con le informazioni raccolte dai diversi attori della presa in carico. Il diario costi è individuale per ogni paziente incluso nello studio e viene mensilmente aggiornato dal Neuropsichiatra Infantile di riferimento.

Analisi dei dati

L'obiettivo principale dello studio è costituito dall'analisi dell'efficacia del trattamento sperimentale nei confronti di quello “tradizionale” offerto dal Servizio Territoriale.

Negli ultimi anni si è avvertita la necessità di valutare con metodi oggettivi quali cambiamenti determinino gli interventi psico-sociali di prevenzione, cura e riabilitazione in soggetti in età evolutiva, provandone l'efficacia in modo rigoroso. Nonostante l'iniziale scetticismo, legato alla molteplicità dei fattori determinanti il cambiamento e dei possibili indicatori di esito, molti interventi psicologici e psico-sociali su bambini e adolescenti sono stati oggetto di verifica di efficacia e sono comparse pubblicazioni che fanno il punto della situazione (Michielin e Morosini, 2006). Anche nel mondo psicoanalitico si è fatta progressivamente strada una nuova cultura della ricerca empirica, documentata in modo chiaro, ad esempio da Fonagy (2002) che presenta un'ampia rassegna degli studi di esito in psicoanalisi.

Di seguito sarà esposta la metodologia applicata nel disegno dello studio per la valutazione dell'efficacia della presa in carico che prevede il CPP al CD nei confronti di quella “tradizionale” offerta dal Servizio Territoriale. In accordo coi suggerimenti esposti da Michielin (2010) per valutare l'efficacia degli interventi terapeutico-riabilitativi, i soggetti assegnati ai due gruppi fanno parte della stessa popolazione che comprende tutti quelli in carico al servizio aventi le seguenti caratteristiche: età compresa tra i 10 e i 12 anni, presenza di DCD, senza comorbidità con Ritardo Mentale, non istituzionalizzati. L'assegnazione ai due gruppi avviene con modalità casuale per estrazione. Inoltre gli strumenti di valutazione utilizzati sono standardizzati, sono tra quelli maggiormente utilizzati in studi simili e permettono di esplorare diversi indicatori di esito: sintomatologia, comportamenti bersaglio, funzionamento personale e sociale, relazioni familiari e soddisfazione dell'utente.

I risultati ottenuti dalla somministrazione degli strumenti di valutazione ai vari follow-up saranno confrontati con quelli riportati nella baseline al fine di valutare l'outcome dei due diversi trattamenti e metterne in evidenza le differenze significative. Inoltre il percorso CPP è identificabile anche come intervento di prevenzione secondaria rispetto all'evoluzione dei DCD in tarda adolescenza ed età adulta, pertanto saranno anche valutati, tra gli indicatori di esito, il numero dei ricoveri, l'utilizzo di psicofarmaci e le variabili indice di adattamento sociale come, ad esempio, gli anni di scuola frequentati.

Tutti i dati saranno rilevati sia attraverso l'applicazione del protocollo di valutazione sia attraverso la puntuale compilazione del diario delle prestazioni erogate.

Una volta raccolti i dati ed organizzati in un apposito database, alla fine della sperimentazione saranno effettuate le analisi di tipo statistico mettendo a confronto i risultati ottenuti ai vari follow-up nei due gruppi.

L'analisi delle variabili, che descrivono l'esito dei trattamenti, prevede la distinzione di alcuni obiettivi specifici:

Obiettivo specifico 1: analisi dei risultati ottenuti dalle somministrazioni ripetute delle scale cliniche CONNERS, CBCL e MOAS ad entrambi i gruppi di pazienti. Il risultato atteso è il riscontro di un'efficacia significativamente maggiore a favore del trattamento sperimentale nei confronti del trattamento standard;

Obiettivo specifico 2: analisi dei risultati ottenuti dalle somministrazioni ripetute della scala C-GAS. Il risultato atteso è costituito da un miglioramento statisticamente significativo del funzionamento per i pazienti che hanno seguito il percorso

sperimentale nei confronti di quelli che hanno seguito il percorso standard;

Obiettivo specifico 3: analisi degli altri indicatori di esito come numero di ricoveri, utilizzo di psicofarmaci, anni di scuola frequentati, bocciature. Il risultato atteso consiste nel rilevare un ricorso ai ricoveri e un utilizzo di psicofarmaci significativamente minore, con un miglior adattamento scolastico per i pazienti che hanno seguito il percorso sperimentale nei confronti di quelli che hanno seguito il percorso standard.

Obiettivo specifico 4: analisi delle variabili legate alle caratteristiche familiari indagate attraverso la FACES-IV, verificando le modifiche intervenute nel profilo restituito dalla fattorializzazione dello strumento per ogni gruppo di trattamento come esito del percorso CP genitori.

Obiettivo specifico 5: analisi dei possibili fattori di compliance attraverso la correlazione tra esiti clinici, profilo familiare restituito dalla scala FACES-IV e livello di soddisfazione misurato attraverso l'ESQ.

Lo studio ha altresì lo scopo di confrontare i costi del nuovo trattamento con quelli della presa in carico tradizionale offerta dal servizio. Pertanto saranno introdotti, accanto alla valutazione degli esiti clinici, elementi di valutazione economica che permettano di stimare i costi relativi ai due tipi di trattamento. Tale aspetto assume sempre maggiore rilevanza in ambito sanitario successivamente alle riforme di questo settore adottate negli ultimi 20 anni. La valutazione economica è divenuta uno strumento fondamentale per poter operare scelte equilibrate che permettano di perseguire gli obiettivi di equità e qualità delle cure; infatti, la valutazione economica

permette di includere, in un processo decisionale, gli elementi più rilevanti da prendere in considerazione per operare una scelta, mirando a collegare i costi di una procedura, di un trattamento, di un programma sanitario ai risultati ottenibili: collega i costi all'efficacia o, più in generale, ai benefici di un programma, rappresentando così un valido strumento di aiuto alle decisioni e all'individuazione delle priorità (Amaddeo, 2003).

La valutazione economica offre un supporto razionale ai processi decisionali, nella consapevolezza che la scarsità di risorse disponibili imponga, a tutti i livelli, una discussione e un confronto approfondito dei costi e dei benefici di qualsiasi programma di intervento, anche in ambito psichiatrico. Per tale motivo, nell'avanzare la proposta di introduzione di una nuova modalità di presa in carico per preadolescenti con DCD, sembra indispensabile predisporre un protocollo di valutazione che non solo ne evidenzi gli eventuali benefici ma che ne illustri anche il profilo economico.

L'analisi considera una prospettiva allargata che tiene conto non solo dei costi sostenuti dalla ASL ma anche di quelli che gravano sia sulle altre agenzie non sanitarie (scuola, servizio sociale) che sulle famiglie. La presa in carico dei minori affetti da disturbo del comportamento, come già evidenziato, coinvolge diversi attori, professionisti sanitari e del servizio sociale, scuola e famiglia, in un'ottica di integrazione degli interventi che delineano una tipologia di presa in carico multi-contestuale e multi-disciplinare, molto spesso di lungo periodo.

Al fine di rilevare i costi dei trattamenti si utilizzerà una metodologia “individual

costs” in cui i costi sono calcolati a livello di ogni singolo paziente. Tale approccio consente di studiare la multidimensionalità dei problemi legati alla salute mentale permettendo di valutare il ruolo di ciascun fattore nel determinare i costi e l'esito delle patologie (Amaddeo, 2002). Operativamente sarà costruito un “diario costi” personale per ciascun paziente che individua una lista di attività in cui si articola la presa in carico. Nel corso dello studio, ad intervalli di circa un mese, verranno recuperate retrospettivamente le informazioni relative all'assistenza, alla cura, agli interventi forniti dai vari servizi ed agenzie e le prestazioni di assistenza a carico della famiglia, che andranno via via ad aggiornare il “diario costi”. Questa operazione verrà effettuata fino alla fine del periodo di studio, complessivamente della durata di 27 mesi, utilizzando un questionario da somministrare ai familiari e creato appositamente a partire dalla ICAP (Amaddeo et al, 1996). L'Intervista Costi Assistenza Psichiatrica (ICAP) è stata concepita per poter raccogliere tutte le informazioni utili per calcolare i costi diretti e indiretti legati alla patologia psichiatrica, sopportati dal SSN, dai pazienti, dai familiari e da tutti gli altri elementi che costituiscono il sistema di presa in carico. È suddivisa in sezioni che registrano le caratteristiche sociali e lavorative, il reddito, la situazione abitativa, l'utilizzo dei servizi sanitari e sociali, l'uso di farmaci. Tale strumento è stato adattato sulla base delle patologie e dell'età dei pazienti del nostro studio; sulla base dei dati registrati dal questionario verranno rilevate tipologia e quantità di ogni singola attività, le quali saranno riportate nel “diario costi”.

A partire dalla lista delle attività verrà costruito un elenco che indichi i costi per unità

di tempo relativi a ciascuna attività. Tale operazione è molto importante in quanto solo una corretta identificazione dei costi unitari consente di ottenere risultati attendibili. Per questo è importante specificare le tecniche di stima dei costi unitari. A tal fine per ogni tipologia di prestazione è stata individuata la relativa modalità di quantificazione economica.

I costi saranno suddivisi in costi “diretti” e costi “indiretti”. Quelli diretti, ovvero esborsi di denaro direttamente riconducibili alla gestione della patologia, sono distinti in “sanitari” e “sociali”. I primi riguardano tutte le prestazioni erogate dalla ASL o da strutture sanitarie private, i secondi sono relativi a prestazioni a carico di Comuni, scuole ed altre agenzie che agiscono sul territorio. Tra i costi diretti di tipo sociale saranno inseriti anche quelli sostenuti direttamente dalle famiglie. Relativamente ai costi “indiretti”, cioè alla valutazione delle risorse impiegate a causa della malattia, che non comportano un esborso diretto di denaro, vengono considerate le ore di lavoro perse dai familiari per prendersi cura del figlio e i costi relativi agli spostamenti per visite o trattamenti. Non sono presi in considerazione i costi “intangibili” nel computo dei costi totali dell'intervento, tuttavia si è ritenuto importante registrare le assenze scolastiche, le bocciature e le possibili rinunce del bambino ad opportunità di socializzazione o attività ludica coi coetanei a causa delle sue problematiche comportamentali.

La valutazione economica prevede i seguenti obiettivi specifici:

Obiettivo specifico 1: definizione del costo totale per entrambe le tipologie di intervento, analizzandone l'andamento nel tempo.

Obiettivo specifico 2: definizione del peso delle varie categorie di costi nella composizione del costo totale della presa in carico.

Obiettivo specifico 3: correlazione tra costi e benefici per entrambe le tipologie di intervento.

Per l'impostazione dello studio sui costi si sono tenuti in considerazione alcuni principi cardine esposti da Beecham e Knapp (1992) per questo tipo di ricerche. Innanzitutto i costi sono stati considerati nella maniera più ampia e completa possibile, esigenza imprescindibile quando si intende analizzare un tipo di assistenza “community-based”. Secondariamente, l'analisi per “individual costs” permette di esplorare la variabilità e le inevitabili differenze esistenti tra gli utenti che risentono di prese in carico individualizzate. Inoltre, il confronto sarà effettuato tra situazioni simili visto che i due gruppi provengono dalla stessa popolazione, omogenea per ASL di riferimento, fascia di età e diagnosi e sono costituiti tramite randomizzazione. Infine si è cercato di unire alla valutazione dei costi uno studio sull'outcome dei due trattamenti.

COSTI DELLA RICERCA

Il gruppo di lavoro coinvolto nella ricerca è costituito sia dal personale della Fondazione Stella Maris, che opera presso il CD, che dai NPI e dagli Assistenti Sociali della ASL 11. Per tale personale non è previsto alcun contributo specifico per il lavoro dedicato alla ricerca in quanto le prestazioni erogate rientrano nell'attività clinica quotidiana. Anche per quanto riguarda la valutazione dei pazienti, il protocollo

costruito è stato inserito nelle procedure ordinarie per la presa in carico dei pazienti con DCD.

Una considerazione a parte va fatta per la registrazione dei costi. La somministrazione dell'intervista sui costi dell'assistenza richiederebbe un impegno mensile di circa mezz'ora per paziente a cui deve aggiungersi il tempo dedicato all'aggiornamento del database sui costi individuali; pertanto, se considerato nel suo complesso durante tutto l'arco dello studio, il tempo dedicato alla registrazione dei costi assumerebbe una proporzione rilevante. Tale voce, relativa ad un'azione non prevista nella pratica quotidiana, costituisce un costo. Con l'obiettivo di ridurre al minimo la sua incidenza, sono state ideate alcune soluzioni. Anzitutto l'intervista è stata riportata sotto forma di questionario di autocompilazione che verrà riempito dai caregivers e consegnato mensilmente al NPI, il quale effettuerà un breve controllo ed eventualmente indagherà le aree in cui risconterà dubbie risposte. Tale metodo ha il vantaggio di contrarre notevolmente i tempi dedicati dal personale sanitario alla rilevazione dei costi, facendoli rientrare in standard accettabili quantificati in circa 120 ore complessive per l'intero arco dello studio. Tuttavia questa modalità ha lo svantaggio di ridurre l'attendibilità delle risposte, rendendo meno accurata la registrazione dei costi. Per ovviare a questa possibilità si è deciso di elaborare delle schede di istruzioni da consegnare ai genitori che hanno lo scopo di orientarli nella compilazione del questionario e, inoltre, saranno previsti periodici incontri tra le figure professionali che gestiscono i pazienti allo scopo di confermare le risposte fornite dai genitori e di raccogliere ulteriori informazioni. Tali incontri, per non

gravare ulteriormente sui costi della ricerca, potranno coincidere con quelli di verifica clinica periodicamente previsti. Un'altra modalità cui si intende ricorrere per ridurre l'impatto economico della valutazione dei costi è data dall'opportunità di sfruttare una quota di ore previste dal CCN per le figure della Sanità Privata operanti nelle strutture riabilitative. Tali ore possono essere impiegate per formazione, ricerca, partecipazione ad eventi e sono eccedenti rispetto all'orario settimanale. La possibilità di impiego di queste ore consente la gestione e l'aggiornamento dei database per i diari costi individuali da parte del personale Stella Maris.

L'unica voce di costo considerata è costituita dall'analisi dei dati per la quale si prevede una spesa di circa 2000 Euro.

Infine per la necessaria formazione del personale all'utilizzo del metodo CP si è fatto ricorso agli eventi formativi organizzati presso la Fondazione Stella Maris che, rientrando nell'attività ECM obbligatoria per gli operatori, hanno permesso di formare il personale del CD senza oneri aggiuntivi. Inoltre è stato possibile, per lo psicologo del CD, effettuare un breve training presso il servizio “Al di là delle nuvole”.

CONCLUSIONI

I DCD sono tra i più impegnativi disturbi che i servizi territoriali di NPI si trovano ad affrontare nella pratica clinica. La letteratura ci mostra come i trattamenti più efficaci per questi disturbi siano quelli multi-modali, che integrano percorsi psicoeducativi rivolti ai pazienti con interventi di parent training rivolti ai familiari e di counseling

per gli operatori che seguono i minori nei loro contesti di vita. Un intervento di tipo multi-modale è il Coping Power Program.

Con il presente contributo si illustra un protocollo di valutazione dell'utilizzo del CPP come strumento terapeutico-riabilitativo integrato nella presa in carico territoriale. L'obiettivo è quello di indagarne outcome e costi, entrambe componenti decisive per orientare le scelte dei decision-maker circa le priorità su cui investire. L'approccio che si è deciso di seguire, e che guida l'attivazione di questo progetto, prende spunto da una duplice necessità: da una parte articolare la presa in carico rendendola maggiormente rispondente ai bisogni dei singoli pazienti, dall'altra assicurare la sostenibilità economica degli interventi erogati.

Il futuro inserimento stabile del CPP nell'offerta riabilitativa del CD, e tra le risposte erogate dal servizio per contrastare l'evoluzione dei DCD, consentirebbe di impostare diversi livelli di presa in carico, centrati sulla persona. La presa in carico, così definita, potrà rispondere a precisi bisogni con modalità di intervento che si articolino in percorsi di cura e riabilitazione personalizzati, specializzati e differenziati per condizioni specifiche. Tale impostazione offre maggiore flessibilità ed adattabilità delle risposte terapeutico-riabilitative in termini di intensità e di articolazione temporale, implementando una modalità di presa in carico che sia maggiormente focalizzata sul “percorso” di cura anziché sulla “struttura” erogatrice dei trattamenti.

Come sottolinea l'OMS (Murray e Evans, 2003), la capacità di rispondere ai bisogni personali degli utenti costituisce una dimensione della qualità di un servizio sanitario.

Lo sviluppo di modelli che abbiano caratteristiche di efficienza, efficacia, equità,

appropriatezza e qualità passa attraverso la capacità del servizio di strutturare risposte centrate sulla persona, e basate su evidenze scientifiche, all'interno di percorsi in cui l'individuo sia coinvolto nelle scelte, beneficiando di una continuità assistenziale durante tutte le fasi della presa in carico.

BIBLIOGRAFIA

Achembach TM (1991) "Manual for the Child Behavior Cecklist/4-18 and 1991 Profile". Burlington, University of Vermont, department of Psychiatry. Ed. It a cura di Frigerio A, ed Ghedini Libraio, Milano.

Amaddeo F (2003) "La valutazione dell'esito dei trattamenti in psichiatria". NOOS. 3: 249-266.

Amaddeo F, Bonizzato P, Beecham J, Knapp M, Tansella M (1996) "ICAP. Un'intervista per la raccolta dei dati necessari per la valutazione dei costi dell'assistenza psichiatrica". Epidemiologia e Psichiatria Sociale. 5, 3: 201-214.

Amaddeo F, Bonizzato P, Tansella M (2002) "Valutare I costi in psichiatria". II edizione. Il Pensiero Scientifico. Roma.

Agenzia Regionale della Sanità (2009) "La salute mentale degli adulti e la tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza. Modalità di presa in carico nei servizi di Salute Mentale in Toscana"; Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 43.

Agenzia Regionale della Sanità (2011a) "L'epidemiologia della salute mentale in Toscana"; Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 63.

Agenzia Regionale della Sanità (2011b) "Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani. I risultati delle indagini EDIT 2005-2008-2011"; Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 64.

Agenzia Regionale della Sanità (2012) "La salute mentale in Toscana: aggiornamenti

e sviluppi”; Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 68.

Astride-Stirling J. (2002) “Development of methods to capture user views of Child and Adolescent” Mental Health Services for clinical governance reviews. Commission for Health Improvement: Project Evaluation Report.

American Psychiatric Association (2004) “DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali”; Text Revision. Milano, Masson.

Baiocco R, Cacioppo M, Laghi F, Tafà (2010) “Contributi alla validazione italiana del FACES-IV”. Congresso dell’AIP, Sezione di Psicologia Clinico-Dinamica, Torino, 24-26 Settembre.

Beecham J, Knapp M (1992) “Costing psychiatric interventions”. In Thornicroft G, Brewin C, Wing J “Measuring mental health needs”. Gaskell. London.

Biederman J, Faraone S, Wozniac J, Monuteaux MC (2000) “Parsing the association between bipolar, conduct and substance use disorders: a familial risk analysis”. *Biol Psychiatry*. 48, 11: 1037-1044.

(Blair, 2000) Blair M (2000) “Taking a population perspective on child health”. *Arch Dis Child*. 83, 1: 7-9.

Burke JD, Loeber R, Birmaher B (2002) “Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 41, 11: 1275-1293.

Cedar B, Levant RF (1990) “A meta-analysis of the effects of Parent Effectiveness Training”. *American Journal of Family Therapy*. 18: 373-384.

Cerrai M (2008) “L'intervento riabilitativo in psichiatria dell'adolescenza. Il ruolo del Centro Diurno”. Ed ETS, Pisa.

Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A (2004) “Time trends in adolescent mental health”. *J Child Psychol Psychiatry*. 45, 8: 1350-1362.

Conners CK (1997) “Conner’s Teacher, Rating Scale- Revised e Conner’s Parent Rating Scale (CTRS-R, CPRS-R, forme lunga “-L” e breve “-S”)”. North Tanawanda, MHS.

Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A (2009) “Which childhood and adolescent psychiatric disorder predict which young adult disorders?”. *Arch Gen Psychiatry*. 66: 764-772.

Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, Worthman CM (1996) “The Great Smoky Mountains study of youth. Goals, methods and the prevalence of DSM III R disorders”. *Arch Gen Psychiatry*. 53: 1129-1136.

De Wet D, Bravi S, Innocenti F (2012) “Il ricorso ai Servizi territoriali di salute mentale: patologie e trattamenti”. In Agenzia Regionale della Sanità (2012) “La salute mentale in Toscana: aggiornamenti e sviluppi”. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 68.

Di Brina C, D'Oto P, Di Scipio R, Di Pietro D, Menghini G, La Rocca B, Scibilia I, Sabatello U (2008) “Uno studio descrittivo sull'accesso degli adolescenti ai servizi neuro-psichiatrici territoriali”. *Rivista di Psicologia Clinica*. 3: 354-365.

Dodge KA (1991) “Emotion and social information processing”. in Garger J, Dodge

KA “The development of emotion: regulation and dysregulation”. Cambridge University Press, Cambridge.

Egger HL, Angold A (2006) “Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology and epidemiology”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 47: 313-337.

Fergusson D, Horwood J et al (1994) “Parental separation, adolescent psychopathology and problem behaviors”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 33: 1122-1131.

Fleitlich-Bilyk B, Goodman R (2004) “Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 43: 727-734.

Fonagy P, Moran G, Target M (1993) “Aggression and the psychological self”. *International Journal of Psycho-analysis*. 74: 471-485.

Fonagy P (a cura di) (2002) “An open door review of outcome studies in psychoanalysis”. International Psychoanalytical Association. Londra.

Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003) “The british child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM IV disorders”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 54: 1203-1211.

Frigerio A, Cattaneo C, Cataldo MG, Schiatti A, Molteni M, Battaglia M (2004) “Behavioral and emotional problems among Italian children aged 4 to 18 years as reported by parents and teachers”. *Eur J Psych Assessment*. 20: 124-133.

Frigerio A, Rucci P, De Girolamo G, Molteni M et al (2007) “La ricerca

epidemiologica sui disturbi mentali in età evolutiva in Italia: lo studio PrISMA". NOOS. 3: 191-200.

Kay SR, Wolkenfeld F, Murril LM (1988) "Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence". J Nerv Ment Dis, 176:539.

Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL (2008) "A meta-analytic review of components associated with parent program effectiveness". J Abnorm Child Psychol. 36: 567-589.

Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Ryan N (2004) "K-SADS-PL intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti". Ed. Italiana a cura di Sogos S. Erickson, Trento.

Kazdin AE, Wassel G (2000) "Therapeutic changes in children, parents and families resulting from treatment of children with conduct problems". J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 39: 414-420.

Kroll N, Morton J, De Bruine E (2004) "Theories of conduct disorder: a casual modelling analysis". Journal Child Psychology and Psychiatry. 45, 4: 727-742.

Lahey BB, Waldman ID, McBurnett K (1999) "The development of antisocial behavior: an integrative causal model". Journal of Child Psychology and Psychiatry. 40: 669-682.

Lambruschi F (2012) "Presentazione dell'edizione italiana"; in Lochman JE, Wells K, Lenhart LA "Coping Power. Programma per il controllo della rabbia in bambini e adolescenti"; ed it. Muratori P, Polidori L, Ruglioni L, Manfredi A, Milone A, ed Erickson, Trento.

Lavigne JV, LeBailly SA, Hopkins J, Gouze KR, Binns HJ (2009) "The prevalence of ADHD, ODD, Depression and Anxiety in a community sample of 4-years-old". *J of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 38, 3: 315-328.

Liberman RP (1997) "La riabilitazione psichiatrica". Ed it. Cortina, Milano.

Lochman JE, Barry TD, Powell N, Boxmeyer C, Holmes K. (2008) "Externalizing Conditions". In Wolraich ML, Drotar DD, Dworkin PH, Perrin EC (a cura di) "Developmental and behavioral pediatrics". Elsevier, Philadelphia. 603-6.

Lochman JE, Boxmeier C, Powell N, Wojnaroski M, Yaros A (2007) "The use of Coping Power Program to treat a 10-years-old girl with Disruptive Behaviors". *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 36, 4: 677-687.

Lochman JE, Dodge KA (1994) "Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and nonaggressive boys". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62: 366-374.

Lochman JE, Lenhart LA (1993) "Anger coping intervention for aggressive children: conceptual models and outcome effects". *Clinical Psychology Review*. 13: 785-805.

Lochman JE, Wells KC (2002) "Contextual social-cognitive mediators and child outcome: a test of the theoretical model in the Coping Power Program". *Development and Psychopathology*. 14: 945-967.

Lochman JE, Wells KC (2003) "Effectiveness study of Coping Power at the middle school transition: universal and indicated prevention effects". *Psychology of Addictive Behaviors*. 16: 40-54.

Lochman JE, Wells KC (2004) "The Coping Power Program for preadolescent aggressive boys and their parents: outcome effects at the 1-year follow-up". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72, 4: 571-578.

Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M (2000) "Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part I". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 39: 1468-1484.

Malone RP, Bennett DS, Luebbert JF (1998) "Aggression classification and treatment response". *Psychopharmacology Bulletin*. 34, 1: 41-45.

Masi G, Perugi G, Toni C, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Akiskal HS (2006) "The clinical phenotypes of juvenile bipolar disorder: toward a validation of the episodic-chronic-distinction". *Biol Psychiatry*. 59: 603-610.

Michielin P (2010) "Strumenti di valutazione dell'efficacia degli interventi". In Camerini GB, Sechi E (a cura di) "Riabilitazione psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza. Principi ed esperienze". ed. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, RN.

Michielin P, Morosini PL (2006) "Efficacia degli interventi psicologici, psicoterapeutici e psicosociali". In Moderato P, Rovetto F (a cura di) "Psicologo, verso la professione". McGraw Hill, Milano.

Moffit T (1993) "The neuropsychology of conduct disorder". *Development and Psychopathology*. 5: 135-151.

Muratori F, Milone A, Manfredi A, Polidori L, Ruglioni L, Muratori P (2010)

“L'intervento multimodale nel trattamento dei Disturbi da Comportamento Dirompente in età evolutiva”; in Camerini GB, Sechi E (a cura di) “Riabilitazione psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza: principi ed esperienze”. Maggioli Ed. Santarcangelo di Romagna RN.

Muratori P, Polidori L, Ruglioni L, Manfredi A, Milone A. (2012) “Coping Power. Programma per il controllo della rabbia in bambini e adolescenti”. ed Eickson, Trento.

Murray CJL, Evans DB (2003). “Health systems performance assessment”. World Health Organization; Geneva.

Olson S, Portner J, Lavee Y (1985) “FACES III”. Family Social Science. University of Minnesota, St Paul.

Olson DH, Gorall DM, Tiesel JW (2004) “FACES IV” Package. Minneapolis, MN: Life Innovations, Inc.

Patterson GR (1986) “Performance models for antisocial boys”. American Psychologist. 41, 4: 99-111.

Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A (1998) “Prevalence of psychopathology among children and adolescents”. Am J Psychiatry. 155: 715-725.

Routh C, Hill J et al (1995) “Maternal attachment status, psychological stressors and problem behavior: follow-up after parent training course for conduct disorder”. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 36: 1179-1198.

Ruglioni L, Muratori P, Polidori L, Milone A, Manfredi A, Lambruschi F (2009) “Il

trattamento multi-modale dei disturbi da comportamento dirompente in bambini in età scolare: presentazione di una esperienza”. *Cognitivismo clinico*. 6, 2: 196-210.

Sanna E, Melis G, Zuddas A (2013) “Disturbi psicopatologici in adolescenza: cosa cambia quando i bambini diventano adolescenti e quando gli adolescenti diventano adulti”. *Adolescentologia*. 41, 170: 63-68.

Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fischer P, Bird H, Aluwahlia SA (1983) “Children’s Global Assessment Scale (CGAS)”. *Arch. Gen. Psychiatry*. 40: 1228-1231.

Shaw DS, Gilliom M, Giovannelli J (2000) “Aggressive behavior disorders”. in Zeanah CH (a cura di) “Handbook of infant mental health”. Guilford Press, New York.

Speranza AM (2001) “Disturbi da Deficit di Attenzione/Iperattività e Disturbi della Condotta”; in Ammaniti M (2001) “Manuale di psicopatologia dell'infanzia”. Cortina, Milano.

Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ (2007) “Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and triple P-Positive Parenting Program: a review and meta-analysis”. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 35: 475-495.

Tremblay RE. (2006) “Prevention of youth violence: Why not start at the beginning?”. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 34: 481-487.

Van de Wiel NMH, Matthys W, Cohen-Kettenis PT, Maassen GH, Lochman JE, van Engeland H (2007) “The effectiveness of an experimental treatment when compared to care as usual depends on the type of care as usual”. *Behavior Modification*. 31, 3:

298-312.

Verhurst FC, van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC (1997) "The prevalence of DSM III R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents". *Arch Gen Psychiatry*. 54: 329-336.

Wechsler D (1991) "WISC-III: Wechsler intelligence scale for children". New York, The Psychological Corporation.